

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE N° 900

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques ENEL

Né le 15 Mars 1916 à Paris

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

**A propos de Deux Cas
de Septicémie Puerpérale
Streptococcique**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques ENEL

Né le 15 Mars 1916 à Paris

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

A propos de Deux Cas de Septicémie Puerpérale Streptococcique

Président : COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mile J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

A Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'Accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

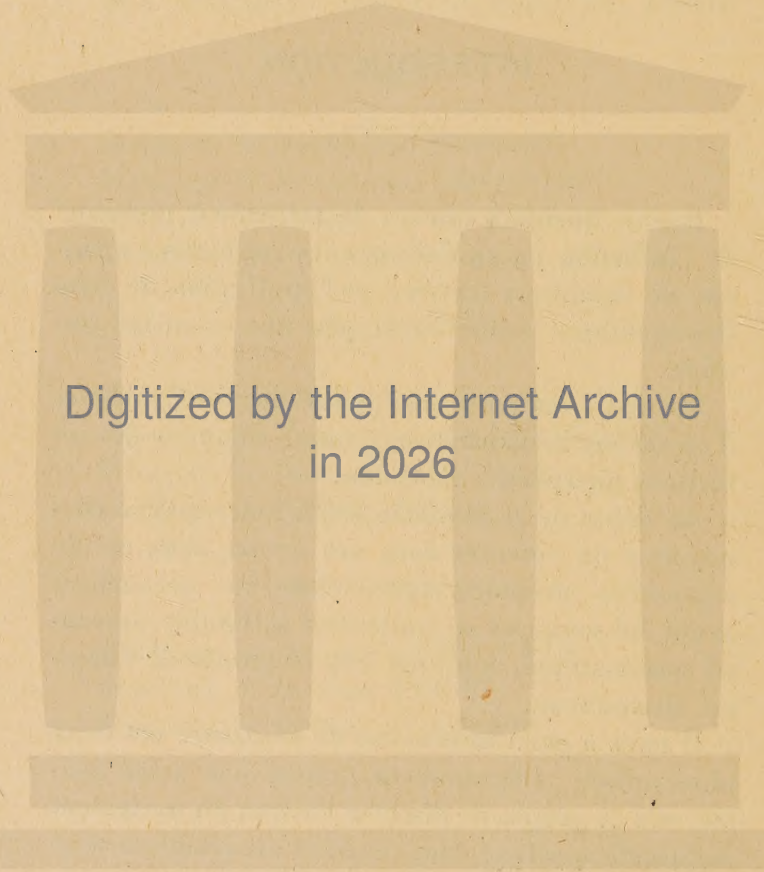
En hommage très respectueux.

A Monsieur le Docteur DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à la Maternité de Bretonneau

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a toujours guidé avec bien-
veillance.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de notre respectueuse recon-
naissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

OBSERVATION N° I

M^{me} C... Gabrielle, primipare de 25 ans, entrée le 30 mars 1939 à la maternité de Bretonneau, accouche le 1^{er} avril 1939.

Rupture spontanée précoce des membranes.

Forceps sur sommet à la partie moyenne de l'excavation, pour souffrance fœtale.

Episiotomie unilatérale.

Délivrance naturelle : membranes déchirées incomplètes.

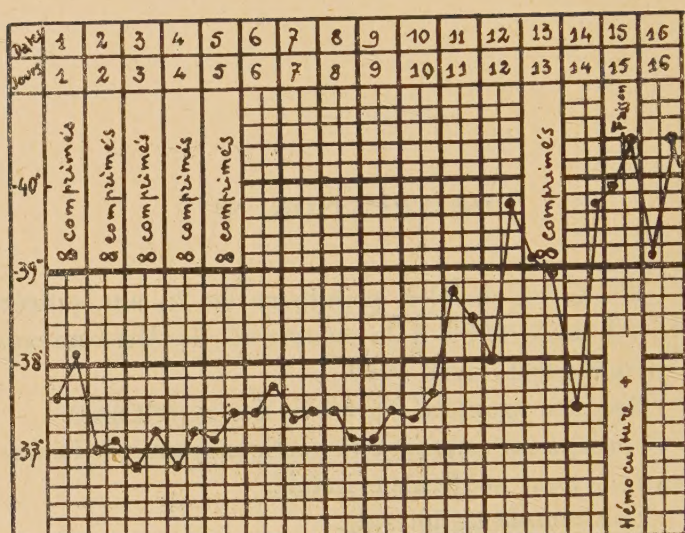
Pas d'élévation thermique au cours du travail.

Suites de couches.

Administration normale de carboxy-sulfamido-chrysoïdine à raison de huit comprimés de 0,20 pendant cinq jours.

Aucun incident jusqu'au 11^e jour.

Le 11^e jour : Elévation thermique à 38°7. Pouls à 100. Pas de lymphangite, pas de pyurie, pas de signe de phlébite. *Cornes utérines douloureuses.*



Observation n° 1 - Courbe thermique

Le 12° jour : Température à 39°7. On reprend la carboxy-sulfamido-chrysoïdine pendant vingt-quatre heures. Défervescence momentanée.

Le 15° jour : Température à 40°4. Frisson.
Hémoculture positive au streptocoque.

Le 17° jour : Examen cyto-bactériologique des urines :

— Nombreux leucocytes.

— Tous les champs de vision couverts par des cocci et diplocoques. Gram positif.

Dès lors, l'administration de 1162 F, à raison de huit comprimés de 0,50 par jour.

Le 19^e jour : *Hémoculture positive* au streptocoque.

Essai d'un abcès de fixation.

Immuno-transfusion de 50 cc.

Numération globulaire :

G. R. 3.050.000

G. B. 11.200

Ni souffle cardiaque, ni splénomégalie.

Urée sanguine : 0,30.

A partir du 20^e jour, est institué un traitement quotidien comportant :

— 0,15 de novarsénobenzol intraveineux;

— 6 comprimés de 1162 F.

Le 21^e jour : L'abcès de fixation se constitue et s'évacuera le 24^e jour.

Les 22^e, 24^e et 27^e jours : Trois nouvelles immuno-transfusions.

Le 28^e jour : Apyrexie stricte. Jusqu'à la sortie de la femme, la température ne dépassera pas 37°6.

Le 32^e jour : Le traitement par novarsénobenzol et 1162 F est interrompu.

Numération globulaire :

G. R.	2.370.000
G. B.	9.500
Lymphos	59 %
Monos moyens	1 %
Monos grands	4 %
Polys éosino	16 %
Polys neutro	20 %

Une nouvelle transfusion et une série d'extrait hépatique injectable complètent le traitement.

T. A. : 13,5-10.

Le 50^e jour, la femme quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION N° II

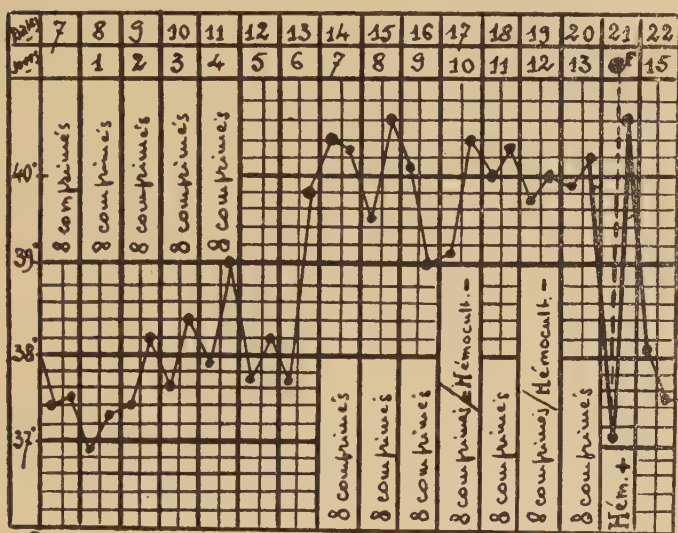
M^{me} M... Fernande. Primipare de 28 ans, entrée le 30 janvier 1939.

Le 7 février 1939 : Symphyséotomie pour non-engagement de la présentation, trente-six heures après la rupture des membranes.

Episiotomie bilatérale.

Délivrance naturelle complète.

Au cours du travail, la température est montée progressivement à 38°6, pour redescendre peu après.



Observation n° 2 - Courbe thermique

Suites de couches.

Administration normale de huit comprimés de carboxy-sulfamido-chrysoïdine pendant les cinq premiers jours.

Entre temps, la température monte et se maintient autour de 38°. Lochies altérées abondantes.

Douleurs lombaires. Pyurie.

Examen cyto-bactériologique des urines :

- Présence de pus.
- Cellules épithéliales assez nombreuses.
- Bacilles Gram négatif.
- Cocci Gram positif.
- Culture : staphylocoques et colibacilles.

Le 6^e jour : Elévation thermique brusque à 39°8.

On reprend la carboxy-sulfamido-chrysoïdine à raison de huit comprimés jusqu'au 13^e jour.

La température persiste aux environs de 40°.

Les 10^e et 12^e jours : *Hémocultures négatives.*

Le 14^e jour : Après une défervescence brusque à 37°, clocher vespéral à 41°2 avec frisson.

Hémoculture positive au streptocoque.

Urines : 800 cc., troubles.

Pas de souffle cardiaque, pas de splénomégalie.

T. A. : 10-6.

Numération globulaire :

G. R.	2.600.000
G. B.	8.000
Hémoglobine	55 %

Dès lors, on instaure un traitement quotidien à base de :

— Novarsénobenzol 0,15 intraveineux.

— Sérum de Vincent sous-cutané, à doses progressivement croissantes : 50 cc., 60 cc., 80 cc., quatre fois 100 cc., suivies d'une faible réaction sérique.

L'état de la femme reste très sérieux : l'amaigrissement est important, la température est irrégulière. T. A. : 6-4.

Apparition d'une escarre sacrée.

Oligurie passagère.

Examen cyto-bactériologique des urines :

— Nombreux leucocytes.

— Nombreuses cellules épithéliales.

— Flore microbienne riche : Bacilles Gram négatif. Cocci Gram positif. Quelques chaînettes de streptocoques. Culture : Colibacilles et staphylocoques.

Numération globulaire :

G. R. 2.270.000

G. B. 10.700

Hémoglobine 50 %

Le 22^e jour : On tente un abcès de fixation qui ne prendra pas.

Le 24^e jour : *Hémoculture positive* au streptocoque.

Les 25^e, 26^e et 29^e jours : 1 cc. auto-vaccin.

Immuno-transfusion de 50 cc.

La température, qui était restée oscillante entre 37° et 39° depuis quelques jours, s'élève progressivement et, le 35^e jour, atteint 40° avec frisson prolongé.

L'état général est très mauvais : la femme est pâle, subictérique, une phlyctène marbrée suivie d'escarre est apparue à la face externe de la cuisse, là où avait été tenté l'abcès de fixation.

Légère splénomégalie. Pas de souffle cardiaque.

Albuminurie légère, indosée.

Numération globulaire :

G. R.	2.150.000
G. B.	16.000
Hémoglobine	55 %

Le 36^e jour de l'évolution :

Elévation thermique à 41°.

Exitus.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Dans les deux cas, il s'agit de septicémie streptococcique, confirmée chacune par deux hémocultures positives.

Critique de l'observation n° 1

D'emblée on est frappé par la date relativement tardive de l'apparition des premières manifestations de la dissémination microbienne et toxique. C'est en effet au 11^e jour des suites de couches, normales jusque-là, que, en l'absence de toute lymphangite du sein, apparaît la première élévation thermique à 38°7, puis à 39°7, suivie d'une défervescence momentanée à 33°4, coïncidant d'ailleurs avec l'administration temporaire de huit comprimés de carboxy-sulfamido-chrysoïdine.

C'est le 15^e jour, lors d'un clocher à 40°4, avec frisson, que la première hémoculture pratiquée révélera du streptocoque.

On pourrait objecter que la septicémie, quoique tardive, est néanmoins apparue et, de ce fait, mettre en doute la valeur préventive de la médication.

Cependant, il nous semble justifié de penser que, dans le cas présent, l'administration du médicament a eu pour effet de *retarder* l'apparition des phénomènes septicémiques, alors qu'en l'absence de traitement toutes les hypothèses restent possibles.

D'autre part, conformément à un principe de pathologie générale, il nous semble permis d'ajouter que cette *infection retardée* s'est trouvée *d'autant atténuée*, et que, de ce fait, la médication préventive a contribué à faciliter l'heureuse action du traitement curatif institué. En effet, dès après le 18^e jour, la température ne dépassera guère 39°, et le 27^e jour, c'est-à-dire quinze jours après le début effectif des accidents, l'apyrexie sera complète et définitive.

On peut donc en conclure que si l'effet de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine n'a pas été absolument préventif, on ne peut cependant pas considérer le fait comme un échec de la méthode, d'autant que la femme a quitté le service en excellente santé.

Critique de l'observation n° II

Rappelons qu'il s'agit ici d'un accouchement laborieux, trente-six heures après la rupture des membranes, avec lésions des parties molles et élévation thermique à 38°6 au cours du travail.

La réascension de la température aux environs de 38° dès le 2^e jour des suites de couches se prolongera au même taux jusqu'au 6^e jour. Et c'est précisément au cours de cette même période que la carboxy-sulfamido-chrysoïdine est administrée aux doses habituelles.

Ici encore, comme dans l'observation précédente, les faits semblent aller à l'encontre des opinions émises quant à la valeur de la méthode préconisée.

De fait, cette fièvre précoce contemporaine d'abondantes lochies altérées, et associée à l'antécédent d'accouchement septique, permet d'envisager un début d'infection puerpérale, ce qui semble indéniable.

Mais dans le même temps un autre fait est à signaler : le 3^e jour, la femme se plaint de vives douleurs lombaires, et les urines recueillies par la sonde vésicale laissée à demeure sont nettement troubles : l'examen microbiologique les reconnaîtra purulentes, et leur culture montrera la présence de colibacilles et de streptocoques.

Or, nouveau fait curieux, c'est trente-six heures après la cessation du traitement sulfamidé **préven-**tif que, brusquement, le 6^e jour, la température monte de 37°7 à 39°8; dès lors, elle va rester pendant plus de huit jours aux environs de 40°.

De cet ensemble de faits, nous pouvons déduire que :

1° S'il existe très vraisemblablement une infection encore localisée au pelvis, on ne peut nier la coexistence d'une infection surajoutée, à prédominance colibacillaire, dont la pyurie septique est une manifestation.

Nous serions donc en présence d'une infection complexe où, déjà, le streptocoque et le colibacille associés exaltent mutuellement leur virulence.

2° Il semble néanmoins, à cette période, que la carboxy-sulfamido-chrysoïdine, tant qu'elle a été administrée, a eu *un effet modérateur* sur les signes généraux, puisque, coïncidant avec l'arrêt de la médication, survient une élévation thermique brusque à 39°1, qui n'est que le prélude à des manifestations plus graves.

Reprenant la critique des faits, nous constatons qu'au cours de la deuxième période, qui va du 6^e au 13^e jour, où la température reste sensiblement

en plateau à 40°, deux hémocultures ont été pratiquées les 10° et 12° jours, toutes deux négatives.

Ce fait n'est certes pas exceptionnel au cours d'infections graves qui ne révèlent que tardivement leur nature septicémique; mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler que pendant cette même période exactement on avait repris la médication sulfamidée. Il s'agit peut-être là d'une simple coïncidence qui ne nous retiendrait guère, si une nouvelle particularité ne venait attirer notre attention.

Avec l'arrêt de la médication, se termine la période de température soutenue à 40° pour faire place à une période oscillante avec clochers à 41° et frissons, et l'hémoculture pratiquée le 14° jour, lors du premier frisson, révélera du streptocoque dans le sang.

De ce nouvel ensemble de faits, il nous semble permis de conclure que, si l'administration de carboxy-sulfamido-chrysoïdine a titre curatif est restée inefficace du fait de la résistance d'un germe virulent au niveau du foyer infectieux initial, — ce qui est un fait connu, — le médicament semble avoir eu de façon indéniable une *influence inhibante sur la bactériémie*, sans pouvoir certes agir sur la toxémie.

Considérant maintenant cette observation dans son évolution d'ensemble et sa terminaison, nous

avons la certitude qu'il s'agit d'une infection puerpérale grave dépassant le cadre de la seule septicémie streptococcique.

Certes, une deuxième hémoculture décèlera du streptocoque, mais un nouvel examen d'urines prélevées aseptiquement les montrera purulentes et contenant une flore microbienne riche, composée de streptocoques, de colibacilles et de staphylocoques.

Le tableau clinique enfin vient traduire la gravité de l'infection polymicrobienne : la grande altération de l'état général, la déglobulisation rapidement importante, la faiblesse de la réaction leucocytaire, l'apparition de phlyctènes marbrées, suivies d'escarre, alors que l'abcès de fixation tenté ne prendra pas, sont autant de preuves de l'importance de la toxémie.

En résumé, au milieu de ce tableau qui fut complexe dès les premiers jours, comme nous l'avons montré, l'action de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine a été seulement limitée, et cela du fait de l'association d'un autre processus infectieux venant réaliser un complexe contre lequel la carboxy-sulfamido-chrysoïdine a une action préventive beaucoup moins fermement établie.

En conclusion, nous ne considérons pas ce deuxième cas comme un échec de la méthode préconisée.

CONCLUSION DES OBSERVATIONS

De l'étude critique de ces deux observations, il résulte que l'application du traitement sulfamidé comme préventif de l'infection puerpérale streptococcique n'a pas été mise en défaut.

En outre, nous rappellerons l'action antimicrobienne certaine du médicament, ce qui justifie suffisamment son emploi précoce, avant toute constitution de foyer infectieux. Le maintien d'une concentration suffisante de sulfamide dans l'organisme pendant quelques jours après l'accouchement constitue ainsi la plus sûre garantie prophylactique.

Cette action antimicrobienne établie, la mania-bilité extrême et l'innocuité absolue de la médication ont été largement mises en évidence par les auteurs qui ont préconisé son emploi à titre préventif. Et, comme nous le disions dans l'introduc-

tion, les résultats de la méthode justifient son application.

Nous ne voudrions pas citer ces deux observations sans les remettre dans leur cadre, autrement dit sans leur rendre leur place dans la liste des accouchements effectués à la maternité de l'hôpital Bretonneau.

Nous nous en tiendrons à la série des accouchements survenus depuis l'arrivée de notre maître Desnoyers à Bretonneau, c'est-à-dire depuis janvier 1931, le chiffre global retenu étant de 1.500.

Faute de statistiques antérieures complètes, il nous sera impossible d'établir une comparaison avec un nombre équivalent d'accouchements sans thérapeutique sulfamidée préventive. Néanmoins, les résultats actuels nous semblent assez probants pour se dispenser de parallèle.

Dans le chiffre de 1.500, nous comprenons *tous les accouchements*, normaux et artificiels. Répétons à ce propos que toutes les accouchées sont soumises systématiquement au traitement sulfamidé préventif.

Le nombre des accouchements anormaux s'élève à 113, comprenant forceps, versions, pelvitomies, césariennes.

Sur la totalité des accouchements envisagés, 5 décès furent enregistrés, ainsi répartis :

- 1 septicémie,
- 1 péritonite,
- 2 embolies,
- 1 urémie.

On voit donc que l'observation n° II constitue sur seize mois le *seul* décès imputable à une septicémie puerpérale, et nous avons dit ce qu'il en fallait penser.

Nombre total d'accouchements	1.500
Accouchements anormaux	113
Décès	5

Si nous envisageons maintenant les *cas non mortels* d'infection puerpérale, nous sommes amenés au tableau suivant :

- 6 infections sévères,
- 20 infections légères,
- 13 phlébites.

Au nombre des *infections sévères*, nous comptons l'observation n° I; les autres sont des infections graves analogues, dont la période aiguë a rarement dépassé une dizaine de jours, exception faite d'un cas où, chez une femme ayant eu une césarienne,

l'infection évolua sur un mode subaigu, pendant cinquante jours, pour guérir finalement.

Parmi les *infections légères*, nous classons toutes les femmes ayant eu dans leurs suites de couches un épisode fébrile aigu, parfois à 40°, mais passager, cette élévation thermique n'étant imputable ni à une cause mammaire, ni à une cause pyélique.

C'est ici particulièrement que nous déplorons l'absence de statistique comparative, sans traitement sulfamidé préventif, et nous ne pouvons malheureusement pas conclure.

De même, devant les 13 *phlébites*, nous aimerions mettre en parallèle le bilan d'une période antérieure; dans ce cas, cependant, faute de chiffres, nous nous contenterons d'une impression qui est celle de beaucoup : *le nombre des phlébites a sensiblement augmenté.*

M. le professeur Le Lorier a pu écrire sur cette question : « Les *phlébites* sont plus nombreuses qu'avant le début de l'expérimentation; elles sont en général bénignes, certaines très frustes, à peine ébauchées, mais avec une grande fréquence d'embolies jusqu'ici bénignes. »

On voit que les faits sont concordants, à la différence que dans les chiffres que nous citons plus haut nous avons enregistré deux embolies mortelles survenues à peu d'intervalle l'une de l'autre, toutes

deux à l'occasion du premier lever, après des phlébites d'évolution banale en apparence. Nous ne pouvons que citer le fait sans chercher à en tirer argument.

Et c'est encore avec M. le professeur Le Lorier que nous résumerons cette courte statistique : « La conclusion qui se dégage de cet ensemble de faits est l'action préventive très nette et très efficace des sulfamides, qui se traduit par une forte réduction de la mortalité, une très forte réduction du nombre des infections puerpérales graves... »

CONCLUSIONS PRATIQUES

I. — Les deux observations citées ne peuvent pas être considérées comme des échecs du traitement sulfamidé préventif.

II. — La statistique de la maternité de l'hôpital Bretonneau donne des résultats analogues à ceux publiés jusqu'à présent sur ce sujet, à savoir que « la mortalité par infection puerpérale franche a presque totalement disparu, depuis l'institution de la prévention systématique par les dérivés sulfamidés ».

Aussi, vu sa maniabilité et son innocuité, la méthode préconisée mérite-t-elle une large diffusion.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président :

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer,

Le recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Nous avons consulté avec profit les travaux suivants qui ont servi de base à notre étude :

Balard. — La prophylaxie de l'infection puerpérale. (Concours Médical, 10 juillet 1938.)

Burgaud. — Où en est la question de la chimiothérapie préventive de l'infection puerpérale par les sulfamides. (Thèse Paris, 1939.)

Lacomme. — Premiers résultats d'un essai de prophylaxie de l'infection puerpérale par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 7 juillet 1936.)

Lacomme. — Nouveaux résultats de l'essai de prophylaxie de l'infection puerpérale institué à la clinique Baudelocque. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 6 juin 1937.)

Lacomme. — Un cas grave d'infection du post-partum traité par le chlorhydrate de sulfamidochrysoïdine. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, n° 7, 1935.)

Le Lorier. — Mon expérience de la sulfamidothérapie préventive à la maternité de Port-Royal. (Gazette des Hôpitaux, n° 34, 1939.)

Lévy-Solal, Grasset et Mathivat. — Un essai de mise au point du traitement des septicémies puerpérales. (La Presse Médicale, n° 45, 3 juin 1936.)

Malet. — Essai de prophylaxie des infections puerpérales (sulfamides). (Thèse Paris, 1937.)

Olmer-Buisson et Paillas. — Septicémie puerpérale tardive. Endocardite infectieuse. Embolie iliaque après transfusion sanguine. (Marseille Médical, 25 mai 1935.)

II. — Les travaux suivants, qui n'ont pu être consultés entièrement, complètent la documentation actuelle sur la question.

Bell. — Use of antistreptococal preparation in obstetrics. (Practitioner, 139, 673, 679, déc. 1937.)

Bernstein. — Review of literature regarding protosil treatment of puerperal sepsis. (West. J. Surg., 45, 670-672, déc. 1937.)

Brown. — Treatment of puerperal sepsis by pron-tosil and allied compounds. (J. Obst. et Gynec. Brit. Emp., 45, june 1938.)

Cassie. — Prévention de la septicémie puerpérale. (The British Medical Journal, n° 4049, 13 août 1938.)

Cicco. — Sur l'emploi d'un colorant azoïque pour la prophylaxie de l'infection puerpérale. (Annales de la Société Italienne d'Obstétrique et Gynécologie, mai 1937.)

L. Colebrook et M. Kenny. — Le traitement de l'infection puerpérale chez la femme et des infections expérimentales chez la souris par le pron-tosil. (The Lancet, n° 5884, juin 1936.)

L. Colebrook et M. Kenny. — Traitement des infections puerpérales par streptocoque hémolytique. (The Lancet, n° 5910, 5 déc. 1936.)

Colebrook. — Prévention de la septicémie puerpérale; un appel à l'action. (The British Medical Journal, 20 juin 1936.)

Colebrook et Purdie. — 106 cas de fièvre puerpérale traitée par la sulphanilamide. (The Lancet, 27 novembre 1937.)

Cope. — Traitement de l'infection puerpérale par les sulfanilamides. (J. Missouri M. A., 35, 174-175, may 1938.)

Dawson. — Treatment of pelvic sepsis with sulfanilamide. (New-Zealand M. J. (Obst. Soc. Sect.), 36, 56-'8, déc. 1937.)

Foulis et Barr. — « Prontosil album » en septicémie puerpérale. (The British Medical Journal, n° 3973, 27 février 1937.)

Fry. — Prévention et contrôle de la septicémie puerpérale; aspect bactériologique. (The British Medical Journal, n° 4049, 13 août 1938.)

Fuge. — Traitement de la septicémie puerpérale par le prontosil. (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 18 octobre 1935.)

Gibberd. — Le prontosil et les substances voisines dans le traitement des infections puerpérales par streptocoque hémolytique. (The British Medical Journal, 9 octobre 1937.)

Johnstone. — Prévention et limitation de la septicémie puerpérale étudiées du point de vue médico-légal. (The British Medical Journal, n° 4049, 13 août 1938.)

Kominami et H. Yasunami. — Application of azo-colors for diseases by bacilli (sulfanilamide fever puerperal). (Jap. J. Obst. et Gynec., 241-242, may 1938.)

Léon et Ferrari. — Chimiothérapie préventive de l'infection puerpérale; essais avec divers dérivés sulfamidés azoïques et non azoïques. (Re-

vue Sud-Américaine d'Endocrinologie, 572-598, 15 octobre 1937.)

Ley. — Du traitement de la septicémie puerpérale par le prontosil. (Revue des Progrès thérapeutiques, n^{os} 7 et 8, juillet et août 1937.)

Lindray. — Septicémie puerpérale à streptocoque; revue des moyens préventifs et curatifs. (The British Medical Association, 6 juillet 1935.)

Mahn Hecker. — Deux cas de septicémie puerpérale par streptocoque hémolytique traités par le prontosil. (Bol. Sté Chilena de Obst. y Ginec., 315-320, 1936.)

Massey. — Prévention et contrôle de la septicémie puerpérale; point de vue administratif. (The British Medical Journal, n^o 4049, 13 août 1938.)

Morin et Rouchy. — La chimiothérapie dans les affections streptococciques obstétricales (sulfanilamides). (J. Méd. Français, 27, 168-172, mai 1938.)

Picot. — Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale; essai de chimiothérapie préventive. (Thèse de Paris, 1938.)

Picot. — Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale. (Bulletin Médical, n^o 49, 3 décembre 1938.)

Pinto. — Contribution à la chimiothérapie de l'infection puerpérale par un colorant azo-chrysoïdine. (Atti. Soc. Ital. di Obst. Gynec., 33, 63, 66, mars-avril 1937.)

Robertson. — Sulfanilamide with report of treatment of case of puerperal septicemia. (Virginia M. Monthly, 66, janvier 1939.)

Salvo et Di Martino. — Contribution aux essais cliniques sur l'action prophylactique du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine dans les fièvres puerpérales. (Communication à la Société Tunisienne des Sciences Médicales, 16 avril 1937.)

Sommer. — Prévention et traitement de la septicémie puerpérale. (Medizinische Klinik, 24 janvier 1936.)

Smythe. — Prontosil en obstétrique. (Bristol Med. Chir. J., 54, 217-220, 1937.)

Vermelin et Hartemmann. — De l'emploi du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine en injections intraveineuses dans le traitement de l'infection puerpérale. (Bull. de la Société d'Obst. et Gyn., n° 2, février 1936.)

Whitby. — Traitement de l'infection puerpérale; résultats des sulfamilamides. (Practitioner, 140, 324-325, mars 1938.)

Imprimerie 7 bis, Rue des Suisses, Paris
